

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

372

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Abbasse MOURADOFF

Né le 19 octobre 1899, à Choucha en Azérbaidjan du Caucase

Interne des Asiles

Diplômé de l'institut de Médecine Coloniale de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DES PSYCHOSES AIGUËS

DU TYPE CONFUSIONNEL

PAR LA SORTIE HATIVE

Président : M. CLAUDE, professeur.

ÉDITIONS MÉDICALES NORBERT MALOINE

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1929

177

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Abbasse MOURADOFF

Né le 19 octobre 1899, à Choucha en Azérbaidjan du Caucase

Interne des Asiles

Diplômé de l'Institut de Médecine Coloniale de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DES PSYCHOSES AIGUËS

DU TYPE CONFUSIONNEL

PAR LA SORTIE HATIVE

Président : M. CLAUDE, professeur.

ÉDITIONS MÉDICALES NORBERT MALOINE

27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27

PARIS, 1929

LES PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale.	DESGREZ.
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pathologie médicale	N...
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	M. LABBE
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Professeurs sans chaire.	BRANCA.
	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . . Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE. Neurologie et psychiatrie.
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
 BASSET . . . Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN. . . Pathologie médicale
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BROCCQ. . . . Pathologie chirurgicale
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHIRAY . . . Pathologie médicale.
 CLERC. . . . Pathologie médicale.
 DEBRÉ Hygiène.
 DOGNON. . . . Physique.
 DONZELOT . . Pathologie médicale.
 DUVOIR . . . Médecine légale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FIESSINGER. Pathologie médicale.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale
 GATELLIER . . Pathologie chirurgicale
 GIROUD . . . Histologie.
 HARVIER. . . Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER Urologie.
 HOVELACQUE . Anatomie.
 HUTINEL. . . Pathologie médicale.

MM.

JOYEUX . . . Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX. . . Anatomie pathologique
 LÉVY-SOLAL. Obstétrique.
 LHERMITTE . Pathologie mentale.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MATHIEU. . . Pathologie chirurgicale
 MERCIER (F.) Pharmacologie.
 METZGER . . . Obstétrique.
 MONDOR. . . Pathologie chirurgicale.
 MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
 MULON. . . . Histologie.
 OBERLING. . Anatomie pathologique.
 OLIVIER. . . Anatomie.
 PHILIBERT. . Bactériologie.
 QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils. . Physiologie.
 SÉZARY . . . Dermatologie et syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . Pathologie médicale.
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER. . . . Ophtalmologie
 VERNE. . . . Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. Pharmacologie.
 GUÉNIOT. Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. . Parasitologie.

MM.

RETTERER. . . Histologie.
 ZIMMERN. . . Physique.
 N. Pathologie médicale

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale,
AUVRAY . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale,
LE LORIER . . Clinique obstétricale.

MM.

LERI Clinique médicale.
MOCQUOT . . Clinique chirurgicale
PROUST . . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . . Clinique chirurgicale

V. — CHARGÉS DE COURS

FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MON ONCLE

*Qui m'ont élevé et instruit, ma
reconnaissance éternelle et inou-
blable.*

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

*Mon hommage filial, avec mes
sentiments aussi affectueux que
reconnaissants, et ma gratitude la
plus profonde.*

A MON PAYS

LA RÉPUBLIQUE D'AZERBAIDJAN

*Mon attachement et mes vœux
les meilleurs de prospérité et de
grandeur.*

A MON MAÎTRE HENRI CLAUDE

Professeur de clinique des maladies mentales et encéphale
Officier de la Légion d'honneur

*Qui a bien voulu accepter de
présider notre thèse.*

*Nos hommages avec nos remer-
ciements sincères.*

A M. LE DOCTEUR MONESTIER

Directeur médecin-chef de l'Asile public d'Aliénés de Pau

*Qui nous a facilité toutes nos
entreprises, et rendu agréable
notre séjour à l'Asile.*

A M. LE DOCTEUR GILLES

Médecin-chef de l'Asile public d'aliénés de Pau

*Notre chef de service, un des
premiers défenseurs de la « sortie
hâtive des confusionnels » sous la
direction bienveillante et savante
duquel nous entreprenons cette
thèse.*

A MON AMI ET COLLÈGUE

DOCTEUR JEAN ALETRU

A M. LE DOCTEUR REPOND

Nos remerciements.

A MM. LES DOCTEURS BOREL, PEZET ET ALBES

A MM. LES DOCTEURS CHAKIR BEY
ET HIQUEMAT BEY

Médecins légistes de l'Université de Stamboul

A LA FAMILLE BOUSSAINGAULT

Qui a remplacé nos parents absents.

A NOS AMIS ET CAMARADES TURCS
DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

Mes meilleurs souhaits.

A TOUS NOS COLLÈGUES DE LA FACULTE
DE MÉDECINE ET DE L'INSTITUT
DE MÉDECINE COLONIALE DE PARIS

A MES COLLÈGUES ET AMIS D'INTERNAT
DE L'ASILE PUBLIC D'ALIÉNÉS DE PAU

A TOUS MES AMIS DE SAINT-LUC ET DE PAU

NOTRE RECONNAISSANCE

Avant d'entrer dans le cœur même de notre sujet, nous saluons avec reconnaissance et gratitude la France, notre patrie spirituelle, qui nous a appris à l'aimer par sa générosité, par son hospitalité, par sa liberté individuelle et par sa magnifique science. Elle nous a aidé, protégé, instruit, et rendu notre séjour sur son sol agréable et fécond ; aussi, aujourd'hui, sommes-nous à jamais reconnaissant à ce pays dont notre sympathie et notre attachement n'ont d'égale que notre reconnaissance.

Nous saluons aussi les maîtres dévoués : Professeurs : Henri Claude, Guillaîne, Balthasar, Broupt, Tanon, Delbet, Roger, Carnot, Janselme, Ferdinand Besançon, Champy, Launay, Brulé, May, Girod et tous les autres maîtres de la Faculté de médecine de Paris, qui depuis le commencement de nos études médicales, nous ont instruit de leur science, aidé de leur expérience et encouragé de leurs sympathies ; nous les remercions.

Un dernier devoir à la fois doux et triste : nous ne pouvons, en effet, jeter un regard en arrière, sans nous rappeler tout ce que nous devons à l'enseignement de notre illustre et regretté Maître, le Profes-

seur Ferdinand Vidal et sans adresser à sa mémoire l'hommage de notre humble admiration et de notre profonde gratitude.

Enfin pour en finir, je n'oublierai non plus de remercier vivement les D^{rs} A. Monestier et A. Gilles de l'Asile public d'Aliénés de Pau qui m'ont, non seulement aidé et facilité mon internat, mais encore m'ont témoigné leur précieuse amitié. Je ne l'oublierai jamais, et je les prie de bien vouloir trouver ici l'expression de ma parfaite gratitude et de ma reconnaissance.

Je tiens tout particulièrement à témoigner mes sentiments de reconnaissance à mon maître le Professeur H. Claude, à mon chef de service le D^r A. Gilles et au D^r Repond de Suisse, dont les travaux, la méthode et les précieux renseignements ont beaucoup facilité notre tâche.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT DES PSYCHOSES AIGUES
DU TYPE CONFUSIONNEL
PAR LA SORTIE HATIVE

PRÉLIMINAIRE

Nous allons exposer ici les résultats de la sortie hative en tant que technique thérapeutique dans le traitement de certaines psychoses aiguës du type confusionnel, soignées dans les Asiles. Cette technique, qui a fait en 1926 au Congrès des médecins aliénistes et neuroloques l'objet d'une communication de la part du D^r A. Gilles, médecin-chef de l'asile Saint-Luc de Pau, est appliquée dans son service depuis 9 ans.

Il s'agit de 2 services : 700 femmes et 600 hommes où, au cours de 2 années d'internat, nous avons pu réunir une partie des observations que nous allons résumer très brièvement à l'appui de notre thèse. Mais aussi, nous ferons, au cours de cette étude, appel à des observations antérieures, puisqu'un recul, qui nous reportera à 9 années au cours desquelles il n'y a pas eu de rechutes, nous permettra d'apprécier la valeur curative de cette technique. Si

le champ d'application de cette dernière peut paraître plus vaste à certains, nous limiterons cependant dans cette thèse l'application de cette technique aux psychoses aiguës du type confusionnel, alors que d'autres auteurs semblent avoir élargi son application en l'étendant à toutes les psychoses aiguës en général.

En effet, parallèlement à l'expérience qu'en faisait en France le Dr Gilles à ce sujet, cette méthode était préconisée en Suisse par le Dr Repond, médecin-chef de Maison de la Santé de Malevoz, qui appliquait cette technique dans son service, et qui a traité de ce sujet en 1927 dans le *Bulletin d'hygiène mentale* (1) où il dit notamment : « Le fait essentiel
« demeure que le milieu d'Asile est artificiel et ex-
« ceptionnel, exigeant donc des malades un effort
« d'adaptation dont tous ne sont pas capables. De
« fait, bon nombre de schizophrènes à affectivité
« pauvre, ou à tendance autiste, à intelligence limi-
« tée, de même que certains mélancoliques, n'arri-
« vent pas à se familiariser avec l'hôpital. La faculté
« de prendre racine dans ce milieu, pour ainsi dire,
« fait défaut à ces psychopathes et on les voit alors
« s'enliser de plus en plus profondément dans leur
« maladie ; on voit leur dépression et leur autisme
« s'accroître, de nouveaux symptômes apparaître,
« etc... On est volontiers porté à croire, en présence
« de pareilles aggravations qu'elles sont dues au
« cours fatal de l'affection : aussi, plus le tableau

1. Voir la Bibliographie.

« de psychose devient sombre, plus on estime néces-
« saire la prolongation du séjour dans l'Etablis-
« ment spécial. *On crée ainsi, un véritable cercle*
« *vicieux que seule pourrait briser la sortie hâtive*
« *du malade, bien entendu, à moins que des raisons*
« *sociales très graves ne contraignent le médecin à*
« *sacrifier l'intérêt du psychopathe à celui de la*
« *famille ou de la société.*

D'un autre côté, le Professeur Bleuler s'est intéressé lui-même à la question, et des essais de sortie hâtive, suivis de succès ont été faits depuis longtemps dans le service de Burghölzli.

Dans une lettre au D^r Gilles, il dit : « J'ai toujours
« recommandé de renvoyer aussitôt que possible
« dans leur famille, les malades que nous appelons
« shizophréniques. » Dans la suite de cette lettre, le
Prof. Bleuler émet les quelques réserves suivantes :
dans la crainte qu'une citation isolée risque de déna-
turer sapensée, nous donnons ici ce que conteste : «... mais
« pour nous, la difficulté est de discerner les cas
« qui en peuvent bénéficier de ceux auxquels cela
« est préjudiciable. Quant à la conception des états
« confusionnels, cette différenciation nous semble
« encore plus difficile puisque parmi les malades
« portant ce nom, on comprend des cas d'origine
« évidemment très différente, comme par exemple
« des maladies rentrant dans le cadre de la shyzo-
« phrénie et d'autres causées par des infections
« affaiblissantes (amentia dans notre terminologie) »
(Prof. Bleuler, mars 1926.)

D'autre part, le D^r Répond à qui nous avons demandé quelques renseignements sur les statistiques et sur la bibliographie de la sortie hâtive nous répond à ce sujet le 19 janvier 1929 :

« La sortie hâtive des schizophrènes est entrée
« chez nous tellement dans les mœurs, que nous
« n'attendons presque jamais la guérison pour les
« renvoyer. Les différents rapports annuels sur la
« marche de l'Etablissement que je vous envoie,
« vous montrent combien brève est en général, la
« durée du séjour à Malèvoz. »

Toutefois, les auteurs Suisses qui envisagent par la sortie hâtive le traitement de la schizophrénie semblent étendre l'application de la technique à des cas qui nous paraissent, dans les conditions qui règnent en France (voir assistance aux psychopathes) devoir dépasser les possibilités de la méthode. Le D^r Répond semble avoir appliqué cette méthode à certains cas de démence précoce, ceci d'ailleurs avec succès, puisqu'il s'agissait d'un Asile peu peuplé de malades, alors que le nombre des médecins est proportionnellement élevé et joignant la quantité à la qualité, permet une observation approfondie de chaque cas particulier, et un traitement efficace. D'autre part, dans le Valais, canton rural et sans grandes agglomérations, où la loi des aliénés n'est même pas écrite, une latitude d'opportunités qui se réalisent par la simple bonne entente des intéressés, permet d'appliquer facilement la technique de sortie hâtive. Naturellement, ici, en France, les Asiles

surpeuplés, l'insuffisance du nombre des médecins, limites imposées par la loi de 1838, les tendances et propos de l'opinion publique, les préjugés et les différentes modalités dans le fonctionnement des Asiles ne permettent pas l'assimilation parfaite de l'Asile à l'hôpital, sans préjudice des conséquences inévitables, des mêmes dispositions législatives qui, on le sait, ont pour but primordial de soustraire l'aliéné de la société, afin de le mettre hors d'état de nuire ; *il reste aux psychiatres une seule ressource : c'est de prononcer la sortie anticipée toutes les fois que l'état de fait le lui permettra.*

Il résulte que notre étude, sans aucune prétention doctrinale, n'a pour but que de rassembler les différents travaux publiés à ce sujet, en les étayant sur l'expérience clinique d'un certain nombre d'observations (48).

La présente technique découle, de plus, de ce principe fondamental que tout psychopathe est avant tout un malade, et comme tel il doit être traité sur le même pied d'égalité que ce dernier ; *en conséquence, l'Asile devient pour lui comme l'hôpital ou la clinique pour le malade.*

Il est entendu que nous ne prétendons pas envisager l'application de cette technique aux états confusionnels liés aux grandes pyrexies, aux intoxications exogènes aiguës (délire alcoolique) ni aux confusions prodromiques de certains chocs traumatiques, qui associés à l'affection générale sont des phénomènes passagers et guérissent d'eux-mêmes

avec la disparition de l'affection causale. Nous éliminons aussi de cette étude ces états confusionnels qui constituent les prodromes d'une affection chronique, puisque nombre de psychoses chroniques débutent souvent par un accès confusionnel dont il faut un diagnostic sûr, pour éviter des échecs.

CHAPITRE PREMIER

DEFINITION DE LA MÉTHODE

Il s'agit d'un rythme alternatif, dont le succès est, on peut le dire, fonction de l'observation de la technique, elle-même fort simple, à savoir : isolement immédiat du sujet dans une maison de santé ou un Asile dès la première constatation des symptômes mentaux. Ensuite, une fois l'amélioration constatée dans l'Asile, replacer le malade au sein de sa famille avant la disparition complète des signes confusionnels, sans oublier de préciser aux parents du malade, que le contrôle du spécialiste est, et demeure indispensable jusqu'à la sédation complète des symptômes morbides.

Autrement dit, la guérison commencée à l'Asile doit s'achever dans le milieu familial, qui, seul, est susceptible de hâter la convalescence, sans que les facultés du malade encore saines s'atrophient, ou que la tendance à la chronicité se réveille, quand son séjour se prolonge à l'Asile démesurément.

Plusieurs explications ont été données pour expliquer ces éventualités thérapeutiques, diverses hypo-

thèses peuvent être posées pour en expliquer le mécanisme, mais nous n'entrons pas ici dans la discussion doctrinale, nous signalons et constatons seulement le fait clinique et ses résultats.

CHAPITRE II

HISTORIQUE DE LA MÉTHODE

Pendant la Grande Guerre 1914-1918 à l'instar des maladies sporadiques qui trouvaient toutes les circonstances favorables pour leur éclosion, les états confusionnels payaient eux aussi leur tribut au grand événement. La commotion, l'émotion, l'état de fatigue, etc... sont autant de causes déclencheurs des états confusionnels qui n'attendent pas d'autres occasions pour se manifester chez les prédisposés.

Cet état de chose nécessita la création de centres neuro-psychiatriques dans l'Armée vers 1916, grâce aux initiatives des psychiatres mobilisés à l'avant. Ces centres devaient bientôt être le point de départ d'intéressantes études dont le résultat décisif n'échappe à personne. Là, en effet, les militaires furent évacués dès les premières manifestations des désordres mentaux « des cas frais éclos » (suivant l'expression du Dr Gilles). S'il est incommode pour les parents de garder, auprès d'eux, un sujet plus ou moins aliéné, qui d'un moment à l'autre pourrait être dangereux, il est évidemment beaucoup moins rassurant pour les combattants d'avoir à leur pro-

miscuité un délirant armé de fusils, de baïonnettes et de grenades. De là, l'évacuation en temps opportun des confusionnels aux centres neuro-psychiatriques, de là, aussi, le point de départ des observations du Dr Gilles, de là enfin que les aliénistes ont pu obtenir des résultats surprenants, car leurs statistiques montrent 80 % de guérisons (C.N.P. de 6^e armée 1917). Ce chiffre, par rapport à celui fourni par les Asiles paraît invraisemblable, mais pourtant, l'explication en est aisée à fournir. Faisons un parallèle de trois conditions primordiales de succès que nous ne rencontrons que dans l'espace et non dans la généralité des cas.

1^o *Dans l'armée*: Evacuation rapide aux C.N.P. des sujets sitôt l'éclosion des troubles mentaux du premier au deuxième jour.

2^o *Traité comme* s'il s'agissait des malades ordinaires et non d'aliénés avec les moyens nécessaires d'isolement, de demi-isolement, de balnéothérapie et médications symptomatiques.

3^o *Limitation sévère* de la durée de séjour dans ces centres. Limitation primordialement motivée par les circonstances militaires et le manque de places. La nécessité du service donc, exigeait qu'on demandât aux familles des confusionnels de recevoir leurs parents dès la sédation des troubles mentaux, parfois même dès l'amendement des premières exacerbations vésaniques. Les familles après quelques échanges de correspondance, ne demandaient pas mieux que de recevoir leurs parents. Or, on a

remarqué, que les malades à peine améliorés et envoyés en convalescence dans leur milieu natal, s'y rétablissaient très rapidement, souvent dans quelques jours, et ceci sans les rechutes qu'on avait pu appréhender au début ; tandis que les autres malades, évacués en arrière, même améliorés y étaient finalement internés par suite de rechutes ou de passage à la chronicité.

Il en résulte de ce fait que les C. N. P. faisaient office purement et simplement de services ouverts, de services hospitaliers véritables, échappant ainsi exceptionnellement aux rigueurs de la loi de 1838 dont les formalités par trop compliquées, portent préjudice aux intéressés.

Partant de ces expériences, et en retenant la double notion de l'internement rapide en milieu adapté à ce traitement, puis la sortie hâtive avec la reprise par le milieu familial, les psychiatres : Dr André Gilles, en France, Pr. F. Bleuler et Dr Répond en Suisse, n'hésitèrent pas à inaugurer la technique de la sortie hâtive et ont tenté d'adapter et d'appliquer ces principes en leur pratique courante : ils ont obtenu des résultats fort appréciables.

De notre côté, personnellement, nous avons pu heureusement suivre cette méthode durant nos deux ans d'internat à l'Asile Public d'Aliénés de Pau, et cette façon de faire nous a paru influencer très favorablement sur les statistiques de guérison. C'est là un encouragement qui nous a poussé à cette étude et à la choisir comme sujet de notre thèse.

Les observations qui vont suivre à la page 30 ont été la plupart prises durant notre internat. Nous reproduisons également certaines correspondances émanant des parents des malades dont la guérison fut obtenue après 8-15 jours de leur sortie de l'Asile.

CHAPITRE III

LA SORTIE HATIVE

La curabilité des états confusionnels étant hors de doute, et à part les réserves que nous avons déjà eu l'occasion de formuler plus haut, d'accord avec notre Maître le Prof. H. Claude, qui approuve « la sortie hative », à condition que les familles puissent vraiment surveiller leur malade avec le contrôle d'un spécialiste pendant la période (1) de convalescence pour éviter les accidents. Ces malades, qui à eux seuls, constituent le cinquième des entrants dans les Asiles, et qui peuvent, par traitement, être guéris, doivent être traités par tous les moyens imaginables, comme n'importe quelle maladie médicale ou chirurgicale. L'un des buts visés par notre travail c'est justement d'enrichir l'arsenal thérapeutique par l'institution d'une méthode nouvelle, qui a fait ses preuves et que nous dénommons, d'accord

1. Dans sa communication de 1926, le Dr Gilles précise d'ailleurs à ce sujet : « d'une part, il est bon que le psychiâtre suive son malade pendant les premiers temps de la convalescence ; d'autre part, la technique, dans le détail doit composer avec des contingences souvent contradictoires, se tempérer aux conseils prudents du bon sens et s'adapter en fait à des circonstances médicales et sociales éminemment diverses ».

avec le Dr Répond et le Dr Gilles sous le terme global de « sortie hâtive ».

Assistance. — L'institution de cette méthode n'est pourtant pas possible, aussi, envisageons-nous que les réformes sont nécessaires tant du côté social et familial que législatif. C'est un devoir à tous les médecins en général de corriger la mentalité du public en ne manquant aucune occasion de leur insinuer cette idée que la folie n'est qu'une maladie, et comme telle, elle ne doit pas être l'objet d'une honte de la part des parents ou de l'intéressé, et qu'elle n'est pas nécessairement héréditaire ni incurable. Il appartient aux conditions particulières, ne serait-ce que le scandale et le désordre des actes par lesquels se manifestent les maladies mentales, que leur thérapeutique doit ainsi presque toujours compter avec des nécessités d'assistance et ceci souvent sous la forme si spéciale de l'internement.

Mesure nécessaire, incontestablement, dans la plupart des cas pour l'utilité sociale mais qui par contre, provoque chez les malades des réactions qui ne sont pas toujours favorables à l'effet thérapeutique. A ce sujet, nous nous permettons de citer ici quelques idées du Dr Répond, qui traite admirablement cette question dans *L'Hygiène mentale*, et que nous partageons entièrement; il dit : « L'expérience
« quotidienne nous enseigne que la majorité des
« Aliénés, non seulement a conscience du milieu
« dans lequel il vit, mais en ressent profondément
« l'influence morale. L'aliéné peut, en effet, se

« plaire dans son Asile, s'y sentir heureux. Plus
« souvent, il s'y déplaira et ses sentiments négatifs
« prendront une intensité d'autant plus grande qu'il
« est généralement retenu contre sa volonté. Pour
« les médecins persuadés de l'évolution fatale de la
« plupart des psychoses, tout cela n'a guère d'im-
« portance, tandis que pour le psychopathe lui-même,
« au contraire, pour la famille et pour toute la men-
« talité populaire en général, l'influence du milieu
« des Asiles et les réactions que ces derniers pro-
« voquent sont d'une importance capitale, d'autant
« plus qu'on les considère presque toujours comme
« étant funestes aux malades ; en effet, ils sont
« cause en premier lieu, qu'on essaie généralement
« de soustraire au traitement psychiatrique la plupart
« des malades mentaux au début de leur affection,
« en second lieu, ces préjugés doivent être consi-
« dérés comme une forme particulière de suggestion
« collective dirigée contre le milieu hospitalier, et
« créant ainsi chez les malades devant y être soi-
« gnés un état d'esprit qui rend difficile la tâche du
« médecin. Pour nous faire une idée de l'intensité
« possible de ce facteur, nous n'avons qu'à nous
« représenter, par exemple, ce que peut être l'at-
« mosphère morale des quartiers agités des indi-
« gents ; qu'on s'imagine une foule d'aliénés réunis
« dans une grande salle. Une tempête de cris, de
« protestations accueille le visiteur dès qu'il fran-
« chit la porte. Une dizaine de malades gesticulant,
« vociférant, l'entourent, s'accrochent à lui, le mena-

« cent, l'insultent, le supplient. Ils réclament leur
« sortie, veulent à tout prix lui communiquer quel-
« que chose, lui fourrent des ordures, des bouts de
« papier etc..., dans les mains et dans les poches. Il
« est évident qu'un tel milieu est ce qui peut être de
« pire *comme agent de contagion psychique pour le*
« *malade mental* ».

La propagande la plus intense ne peut servir à rien, si les Asiles continuent de fonctionner comme une prison, s'ils ne fondent pas des services ouverts et s'ils ne se rapprochent pas autant que possible de l'hôpital ordinaire.

L'esprit dans lequel nous abordons l'étude de la sortie hâtive se recommande de celui qui anime cet effort d'innovation en matière d'assistance, qui s'exprime dans les idées actuelles de prophylaxie mentale avec des conceptions qui ont amené notre Maître le Prof. Claude et le D^r Toulouse à créer les services ouverts de l'Asile Sainte-Anne, qui tout en respectant la loi de 1838, sauvegarde l'intérêt du psychopathe et celui de la société. Cette évolution ne peut pas s'arrêter à mi-chemin, à Paris, elle doit tendre à la transformation des Asiles en France en clinique psychiatrique avec les services ouverts et plus ou moins fermés.

Nous ne considérons jamais l'internement parmi les moyens de la psychiatrie, que comme *l'ultima ratio*, auquel le médecin ne se décidera que devant l'inévitable et qu'il se refusera à prolonger dès qu'une chance lui paraîtra de libérer utilement le malade.

Les services ouverts tout en prévenant les actes dangereux des psychopathes, en étant à même de les soigner en temps utile, rendront à la vie sociale et productive un grand nombre de malades mentaux, guéris ou suffisamment améliorés. Certes, la séquestration arbitraire est un mythe qui ne prend corps que dans des pamphlets journalistiques ou politiques, mais il reste qu'une fois admise la nécessité d'interner, un sujet peut être maintenu à l'Asile, parfois un peu plus qu'il est nécessaire, ne serait-ce que parce que l'attitude de temporisation est un mol oreiller, où le médecin se repose de ses responsabilités par déformation involontaire et par un penchant fort respectable d'ailleurs à courir et à faire surtout courir le moindre risque. Mais encore aussi, parce que l'ambiance légale, sociale et même familiale, l'engagent dans la voie expectative prolongée, alors qu'il lui faut souvent une attention soutenue dans l'observation du cas, et une volonté parfois combative quand il lui faut faire admettre à l'entourage l'opportunité d'une sortie hâtive.

Technique conditionnée par les moyens de l'assistance en attendant les services ouverts. Malades en grande partie justiciables des services ouverts mais ceux-ci ne sont pas créés ; dans ce cas, il ne reste aux médecins des Asiles qu'une seule ressource, la sortie hâtive, au moins pour les états confusionnels avant la sédation complète des troubles mentaux. la reprise du malade au sein de la famille, sera décidée dès les premières périodes d'amélioration qui

sont variables suivant les cas et chaque modalité clinique, *mais schématiquement, on peut envisager la sortie hâtive, à titre de traitement entre la quatrième et la huitième semaine. Le malade, qui commence à peine à recouvrir sa lucidité psychique, à demi-conscient se réveille chez lui par une scission brusque avec l'ambiance des perceptions, les souvenirs et les apports du réel; comme le milieu natal, la famille, les enfants, l'occupation habituelle, prendront un accent plus émouvant pour éviter les tendances secondaires à la fixation et à la chronicité, fonction elle même du lieu actuel, qui ouvrent la voie la plus certaine vers les sequelles interminables.* Plusieurs hypothèses et théories pourront être envisagées pour expliquer l'effet salulaire pour les confusionnels par une rupture immédiate, isolement de son milieu familial au début de la maladie, et puis restitution par une reprise brusque dans l'ambiance affective, qui est le milieu natal, au commencement de l'amendement des troubles mentaux. *Nous n'entrons pas dans les discussions doctrinales qui sortiraient du cadre de cette étude, mais voulons simplement, aussi dans la psychiatrie, comme dans les autres domaines de la médecine, utiliser et profiter des données de l'expérience clinique qui est aussi précieuse que n'importe quelle découverte thérapeutique.*

CHAPITRE IV

LES RÉSULTATS DE LA NOUVELLE TECHNIQUE APPLIQUÉE AUX PSYCHOSES AIGUËS DU TYPE CONFUSIONNEL A L'ASILE SAINT-LUC DE PAU.

Nous présentons ici la liste entière des états confusionnels qui ont profité de la sortie hâtive de 1919 à 1928. Dans cette énumération, nous classons aussi les malades, qui, par suite du refus de leurs parents à les recevoir chez eux avant leur guérison complète, ou par suite du manque de parents, etc..., étaient obligés de rester à l'Asile plus ou moins longtemps après leur première amélioration constatée ; cette prolongation de séjour à l'Asile ne les a nullement rendus à leur famille ou à leurs amis complètement guéris, mais à peu près dans le même état mental que lors de leur première amélioration, quoiqu'ils aient été retenus à l'Asile 3-5-7 et 12 mois de plus. Plus loin, nous en reparlerons en détail ; maintenant vont suivre les observations avec la durée de séjour à l'Asile.

Noms	Age	PlACEMENT volontaire ou office	N° de l'ob- servation	Date de l'entrée	Date de sortie	Durée de séjour
Nos						
1. M. S...	22 ans	P. O.	9871	25 avril 1919	11 mai 1919	0 m. 16 j.
2. M. P. C...	48 ans	P. O.	10329	30 déc. 1920	17 janv. 1921	0 m. 18 j.
3. M. M...	53 ans	P. V.	10427	20 mai 1921	14 juin 1921	0 m. 24 j.
4. M. B. B...	43 ans	P. V.		1 ^{er} juin 1928	25 juin 1928	0 m. 24 j.
5. M. B...	48 ans	P. O.	11148	7 nov. 1923	29 nov. 1923	0 m. 22 j.
6. M. A...	25 ans	P. V.		15 janv. 1924	9 fév. 1924	0 m. 25 j.
7. Mme B. A...	25 ans	P. V.	11379	3 oct. 1924	23 oct. 1924	0 m. 20 j.
8. Mme R...	22 ans	P. V.	11805	4 juill. 1926	30 juill. 1926	0 m. 26 j.
9. Mme P...	33 ans	P. O.	11831	21 août 1926	5 sept. 1926	0 m. 15 j.
10. M. G...	21 ans	P. V.	11868	19 oct. 1926	18 nov. 1926	0 m. 29 j.
11. Mme M. C...	53 ans	P. V.	11887	21 nov. 1926	14 déc. 1926	0 m. 23 j.
12. Mme T...	42 ans	P. V.	11900	22 déc. 1926	6 janv. 1927	0 m. 15 j.
13. Mme M. L...	39 ans	P. O.	11917	31 janv. 1927	28 févr. 1927	0 m. 23 j.
14. Mme L...	31 ans	P. V.	11933	23 fév. 1927	16 mars 1927	0 m. 23 j.
15. Mme L...	27 ans	P. V.	11950	27 mars 1927	10 avril 1927	0 m. 15 j.
16. M. M. J...	40 ans	P. V.	12042	4 sept. 1927	27 sept. 1927	0 m. 23 j.
17. Mme C. C...	34 ans	P. V.	10505	1 ^{er} sept. 1921	6 oct. 1921	1 m. 5 j.
18. M. D. M...	58 ans	P. V.	10036	28 fév. 1922	29 mars 1922	1 m. 1 j.
19. M. D. L...	47 ans	P. O.	10990	28 avril 1923	10 juin 1923	1 m. 12 j.
20. M. B...	38 ans	P. V.	11000	9 mai 1923	21 juin 1923	1 m. 12 j.
21. Mme A. C...	48 ans	P. O.	11251	26 mars 1924	22 mai 1924	1 m. 26 j.
22. Mme B...	48 ans	P. V.	11227	19 déc. 1924	31 janv. 1925	1 m. 10 j.
23. M. P...	28 ans	P. O.	11440	2 janv. 1925	2 fév. 1925	1 m.
24. Mme E. V...	42 ans	P. O.	11546	6 juin 1925	19 juill. 1925	1 m. 13 j.
25. Mme B. M...	47 ans		11753	22 avril 1926	4 juin 1926	1 m. 12 j.
26. Mme L...	48 ans	P. O.	11815	27 juill. 1926	6 sept. 1926	1 m. 9 j.
27. Mme L...	30 ans	P. O.	12019	19 juill. 1927	13 sept. 1927	1 m. 24 j.
28. Mme B...	48 ans	P. V.	12159	19 avril 1928	14 juin 1928	1 m. 25 j.
29. M. A...	20 ans	P. O.	9803	24 janv. 1919	28 avril 1919	2 m. 26 j.
30. M. B. V...	51 ans	P. V.	10292	18 sept. 1920	8 déc. 1920	2 m. 20 j.
31. Mme G. D...	29 ans	P. V.	10366	4 mars 1921	22 mai 1921	2 m. 18 j.
32. Mme J. A...	40 ans	P. O.	10418	12 mai 1921	8 août 1921	2 m. 26 j.
33. Mme E. F...	36 ans	P. O.		5 juill. 1923	16 sept. 1923	2 m. 11 j.
34. Mme P...	24 ans	P. V.	11172	8 déc. 1923	7 mars 1924	2 m. 29 j.
35. M. T. J...	45 ans	P. V.	11667	2 déc. 1925	25 fév. 1926	2 m. 21 j.
36. M. G...	19 ans	P. V.	11690	14 janv. 1926	27 mars 1926	2 m. 13 j.
37. Mme B...	28 ans	P. O.	11986	25 avril 1927	3 juill. 1927	2 m. 8 j.
38. M. S...	27 ans	P. V.	12096	27 déc. 1927	27 fév. 1928	2 m.
39. Mme B...	20 ans	P. O.	12158	17 avril 1928	9 juill. 1928	2 m. 22 j.
40. M. Q...	44 ans	P. O.	10327	29 déc. 1920	3 mars 1921	3 m. 4 j.
41. Mme C...	22 ans	P. V.	10347	28 janv. 1921	9 mai 1921	3 m. 7 j.
42. Mme T...	27 ans	P. V.	10371	9 avril 1923	21 juill. 1923	3 m. 12 j.
43. Mme H...	60 ans	P. V.	11668	3 déc. 1925	10 avril 1926	4 m. 7 j.
44. M. A...	31 ans	P. V.	11665	27 nov. 1925	7 mars 1926	4 m. 11 j.
45. M. A...		P. O.	12085	5 déc. 1927	19 mai 1928	5 m. 10 j.
46. Mme J. P...	56 ans	P. O.	10072	2 fév. 1920	24 juin 1920	5 m. 22 j.
47. M. C. M...	20 ans	P. O.	9860	8 avril 1919	9 mars 1920	11 m.
48. M. B...	41 ans	P. V.	9808	8 fév. 1919	8 fév. 1920	1 an

Ajoutons que tous ces malades ont quitté l'Asile pour un congé d'essai de trois mois, afin qu'ils puissent être réadmis sans aucune formalité à l'Asile, dès que leur état mental s'aggrave, ou que la guérison n'arrive pas au bout de trois semaines, ou encore s'ils font des rechutes au cours de leurs trois mois de congé. Jusqu'à présent, nous n'avons heureusement pas constaté d'incidents, ni de rechutes parmi ces malades. Toutefois, nous signalons que parmi ces 48 observations, il y a eu deux cas de réadmission après un intervalle de 5 ans passés tout à fait normalement, sans aucun incident, ce qui prouve que ce n'était pas une rechute, mais plutôt une nouvelle atteinte avec de nouveaux symptômes (page 45) et, qui de nouveau traités et sortis hâtivement au moment de la première constatation d'amélioration se sont rétablis rapidement dans leur milieu familial et ont repris leurs occupations habituelles comme si rien n'était arrivé.

Si dans ce tableau, nous avons classé des malades qui ont séjourné à l'Asile 3-5-11-12 mois au lieu de deux mois (par cause du refus de leurs parents à les recevoir, etc.), c'est pour démontrer que ces derniers n'ont pas profité davantage de leur séjour à l'Asile ; loin de cela, ils ont failli passer à la périodicité ou chronicité définitive, ce que démontrent les observations citées à la page 46. Ainsi, grâce à la technique de sortie hâtive, l'Asile a rendu à ces psychopathes les mêmes services que l'hôpital aux malades corporels.

CHAPITRE V

DIVISION DES OBSERVATIONS

Toutes ces 48 observations se divisent en catégories distinctes ; pour mieux expliquer en quelles circonstances on a pu appliquer la sortie hâtive, et comment on a procédé.

La technique de la sortie hâtive, comme traitement des psychoses aiguës du type confusionnel.

PREMIÈRE CATÉGORIE.

Dans ce chapitre, nous allons d'abord prendre au hasard quelques observations de la colonne des 48 cas cités plus haut avec la durée de séjour à l'Asile, (page 30) et nous exposerons très brièvement leur état mental et physique au début de la cure et l'application de la sortie hâtive, à titre de traitement ; à cet effet, nous serons obligé de publier quelques fragments de correspondances concernant chaque exposé, pour suivre l'évolution de la guérison après la sortie hâtive.

N° 37. — Mme B... âgée de 28 ans, placement d'office, entrée le 25 avril 1927. Bien portante depuis son enfance, réglée à 13 ans, mariée à 23 ans. C'est à la suite de son accou-

chement que cette malade a présenté les premiers troubles mentaux ; elle avait en même temps une cystite dont elle redoutait les conséquences et qui fut pour elle un sujet d'inquiétude. Elle avait peur de mourir, mais exprimait des idées de suicide ; elle aurait tenté de se jeter par la fenêtre mais son entourage l'en avait empêchée. A l'Asile, dès son entrée, elle manifeste le désir de s'en aller pour retrouver son mari ; elle est très réticente, répète toujours la même chose : « Je suis comme folle, j'ai beaucoup d'ennuis, il me semble « que je suis le diable, je devine les pensées des autres, je ne « peux pas vous expliquer ce qui est en moi, il n'y a que mon « mari qui devinerait cette force, dit-elle ; mon frère va « subir les mêmes choses que moi ; il va divorcer pour les « autres, toujours pour les autres. C'est bien de tout voir et « de ne rien dire. » Elle tient des propos incohérents, mal liés, elle est désorientée dans le temps et l'espace et très effrayée. Son état physique est précaire ; constipation, refus de s'alimenter, désir de mourir : on la nourrit par la sonde. Certificat de quinzaine : est atteinte d'état confusionnel avec sentiments d'inquiétude et d'étrangetés du milieu, syndromes d'influence exprimés sous forme d'une emprise diabolique ; automatisme psycho-moteur, état puerpéral compliqué de cystite, désordre des actes.

Après une quinzaine de jours de traitement, la malade commence à s'améliorer légèrement : on prévient son mari le 28 juin 1927, dans ces termes :

Monsieur,

« Bien que Mme B... ne soit pas encore guérie, son état présente une amélioration suffisante pour que nous tentions

un essai de sortie. Votre intention de l'envoyer passer sa convalescence à la campagne est excellente :

1^o Il sera bien cependant qu'une surveillance continue soit exercée sur elle pendant les premiers temps ; 2^o son régime alimentaire devra éviter toutes causes d'intoxication (vin, alcool, café, thé, etc...) ; peu de viande, légumes de préférence ; 3^o trois jours par semaine, lui donner le matin à jeun, à titre de dépuratif 10 grammes de sulfate de magnésie. Vous pouvez venir chercher la malade dans 4 jours.

« Veuillez agréer, etc... »

Signé : Dr GILLES.

Le 3 juillet 1927, la malade sort en congé de trois mois ; depuis ce moment, ni incidents, ni rechute, et le congé a été converti en sortie définitive.

N^o 13. — Mme M. L..., âgée de 39 ans, placée d'office le 31 janvier 1927. Physionomie hébétée ; séparée de son mar alcoolique [depuis 6 ans et demi ; c'est à la suite de nombreux ennuis au sujet de son logement que son caractère, sombre d'ordinaire est, paraît-il, devenu encore plus triste. « Les locataires du dessus, disait-elle, faisaient beaucoup de bruit, cassaient des meubles volontairement car ils voulaient prendre ma pièce. » « J'en ai beaucoup souffert, je me laissais assassiner par eux et mes voisins me croyaient méchante. » « Ils ont dû me faire des misères sans que je m'en doute », etc..., etc..., elle continue à tenir des propos incohérents et absurdes. On souffle sur sa figure, on fait sortir du feu de ses yeux, on mouille ses cheveux, on lance du gaz par les fenêtres pour l'asphyxier, sa fille est de connivence

avec ses ennemis imaginaires, etc...,etc... La malade est très désorientée dans le temps et l'espace, et plutôt effrayée et très confuse ; elle demande pourquoi elle est ici, et depuis quand elle est là ; elle ajoute qu'elle n'est pas malade. Au bout d'une quinzaine on constate une amélioration sensible dans son état mental et l'on prévient sa fille le 25 février 1927, dans ces termes :

« Mademoiselle,

« En réponse à votre lettre du 22 je vous fais connaître que l'état de santé de votre mère s'est rapidement amélioré et que maintenant elle est suffisamment bien pour essayer un congé de trois mois. Votre mère a besoin de se ménager pendant quelque temps parce que sa santé morale restera un peu délicate pendant sa convalescence, mais elle a des chances de se remettre plus vite au dehors que si elle restait enfermée ici : c'est pourquoi j'ai hâté sa sortie.

« Veuillez agréer, etc...

« Signé : Dr GILLES. »

Le 28 février 1927, la malade est sortie améliorée ; depuis ce temps, ni incidents, ni rechute.

N° 10. — M. G... Placé volontairement le 19 octobre 1926, âgé de 21 ans ; aspect de physionomie fixe, motilité défectueuse par une fracture du fémur consolidée. C'est à la suite d'une chute dans l'escalier de la caserne que le malade présentait des désordres psychiques. Cette chute lui avait occasionné une fracture du fémur et de fortes contusions à la tête. Pendant l'interrogatoire à l'Asile le malade les yeux

égarés semble ne pas entendre les questions qu'on lui pose. Il prononce continuellement, en ayant l'air d'y attacher un sens et en les dessinant dans l'espace, des lettres de l'alphabet « L-E-M-M-ZO-A-E-A. C'est ça ». Il semble sujet à des hallucinations de la vue. Au cours de l'interrogatoire le malade a soudain interrompu sa récitation alphabétique pour montrer du doigt un coin de la cour et s'écrier d'une voix explosive : « Ma mère est là, je la vois. » A un second examen du malade, on lui demande : « Pourquoi avez-vous battu votre mère. » R. : « Elle me terrorisait, alors, je l'ai battue. Et puis, elle avait une bague, elle n'a pas voulu me dire ce que c'était, j'ai essayé de la lui arracher. » Le malade est complètement désorienté dans le temps et l'espace, très incohérent avec agitation motrice et impulsions violentes. Après une quinzaine de jours, le malade se calme, et on constate une amélioration au point de vue mental. A cet effet, le médecin adresse une lettre à sa mère le 13 novembre 1926 :

« Madame,

« J'ai pris connaissance des renseignements que vous me donnez sur les antécédents de votre fils. Je lui ai transmis les différentes lettres reçues ces jours derniers, et elles lui ont fait un vif plaisir. Il est sorti actuellement de la période aiguë de confusion mentale dans laquelle il nous avait été amené, mais il reste, bien qu'il soit redevenu conscient, un peu stupeureux, et manifeste une légère excitation anxieuse. Je vous transmets cette lettre qu'il m'a remise hier. Il n'est pas encore guéri certes, mais serait suffisamment amélioré pour pouvoir être transporté. Je crois qu'il serait bon que

vous tentiez de le reprendre bientôt, dans quelques jours, car il pourrait, je le crois, vivre auprès de vous moyennant quelques soins d'hygiène alimentaire et quelques médications toniques et sédatives. Au point où il en est, son séjour à l'Asile risque de prolonger la durée de la convalescence et cristalliser les quelques troubles restant. L'expérience me montre qu'au contraire, ceux-ci s'améliorent rapidement dans l'atmosphère familiale. Il reste cependant que cette reprise est subordonnée à des possibilités matérielles dont vous êtes en dernier ressort meilleur juge que moi.

« Veuillez agréer....

« Signé : Dr A. GILLES. »

N° 1. — M. S..., 22 ans. Placé d'office le 25 avril 1919. Physionomie anxieuse, pupilles légèrement inégales, réagissent mal ; réflexes rotuliens vifs. Le malade est complètement désorienté dans le temps et l'espace, il reste dans le mutisme le plus complet ; lorsqu'on l'interroge, il semble effrayé et a des sursauts. Quelques temps après son séjour à l'Asile, il commence à crier, à chanter dans son lit, il rit tout seul. Il résiste pour s'alimenter, il a des idées d'indignité et de culpabilité parce qu'il a volé trois œufs. Il demande à travailler pour payer, disait-il, la nourriture qu'on lui donne à l'Asile, et tout de suite après, dit : « Monsieur, j'ai demandé un couteau pour me suicider. » Durant la nuit, il se lève souvent, fait du tapage, réveille les malades et veut absolument s'en aller, parce qu'il a une idée qui lui commande de partir. Après une quinzaine de jours de traitement, le malade commence à se ressaisir et à se calmer. Il a causé avec ses parents qui sont venus le voir sans le reconnaître. Il ne

sait pas non plus où il est et depuis combien de temps il se trouve à l'Asile. Vers les premiers jours de mai, on constate une amélioration sensible, et on écrit aux parents de venir le chercher pour un congé de trois mois à l'essai. Le malade sort le 11 mai 1919. Trois semaines après sa sortie, le malade nous envoie une lettre conçue dans ces termes :

« A Monsieur le Directeur,

« Après quinze jours d'un séjour bienfaisant à la campagne, ma santé complètement rétablie à mon départ de Pau se maintient toujours très bien. Je crois qu'il est de mon devoir, Monsieur le Directeur, de vous remercier très sincèrement pour les bons soins que vous m'avez donnés, pour les paroles d'encouragement que vous m'avez prodiguées, etc... etc...

« *Signé : R. S.,* »

N° 46. — Mme G. P..., âgée de 56 ans, placée d'office, entrée le 2 février 1920. Physionomie atone, réflexes pupillaires réagissant mal à la lumière et à l'accommodation, réflexe rotulien presque aboli. Elle vient de l'hospice de Tarbes, est très abattue; œdème, albuminurie, saignement du nez. Elle est désorientée dans le temps et dans l'espace, tient des propos incohérents et absurdes : elle refuse de s'alimenter et son état physique est mauvais. A la fin du mois de mai, elle commence à s'améliorer ; l'albuminurie disparaît, l'œdème également et l'état général se rétablit peu à peu ; au point de vue mental, la malade se ressaisit, la désorientation persiste, mais la dépression et l'incohérence sont considérablement diminuées. On prévient la famille pour la

faire sortir à l'essai. La réponse de la famille, le 9 juin, est la suivante :

« Monsieur le Directeur,

« Je viens en réponse à votre lettre du 7 juin, vous dire que je consens à recevoir ma tante chez moi ; je la garderai jusqu'à ce qu'elle puisse reprendre son travail.

« Sa nièce dévouée,

« *Signé* : M. L..., à Bagnères-de-Bigorre. »

Réponse du Directeur le 21 juin 1920.

« Madame,

« Comme suite à votre demande du 9 courant j'ai l'honneur de vous informer que M. le Préfet a accordé un congé de trois mois à votre tante Mme P... Cette dernière quittera l'Asile le 24 juin, etc... »

Signé : Le Directeur-Médecin-chef : Dr MONESTIER.

La malade a été guérie dans l'espace d'une huitaine, et la sortie provisoire d'essai a été convertie en sortie définitive.

N° 32. — Mme A..., âgée de 40 ans, placement d'office, entrée le 12 mai 1921. Elle est amenée par la police, sans identité, elle errait dans la ville, dans un état malpropre et désordonné faisant des grimaces, etc... A l'interrogation à l'Asile elle ne se rappelle pas son nom, reste toujours effrayée et confuse, elle répond difficilement et différemment sur les mêmes questions posées précédemment, fait des mimiques, onirisme hallucinatoire, incohérence et agitation. Elle a été

recherchée longtemps par sa famille qui a été fort surprise de la mesure prise à son égard. Après dix semaines de traitement, la maladie commende à s'améliorer. A cet effet, le Directeur envoie une lettre à sa sœur le 3 août 1921.

« Madame,

« En réponse à votre lettre du 2 août, j'ai l'honneur de vous faire connaître que depuis le 12 mai dernier, nous avons en traitement à l'Asile une personne non identifiée qui jusqu'à présent n'a pu donner clairement son nom : toutefois elle a donné à entendre qu'elle se nommerait I... A... Présumant que cette personne peut être la sœur que vous recherchez, vous pouvez venir à l'Asile la voir afin de vous rendre compte si c'est bien votre disparue. Cela nous permettra de régulariser la situation de notre malade. Agréez, etc...

« Pour le Directeur. Le médecin adjoint ».

Signé : A. GILLES.

Comme la malade est placée d'office sous un nom inconnu, on communique à M. le Préfet son véritable nom reconnu par son beau-frère et comme l'état de cette malade permet de la laisser sortir pour un congé d'essai, on demande l'autorisation à M. le Préfet. La malade quitte l'Asile le 8 août 1921.

Jusqu'à ce jour, il ne s'est produit ni incident, ni rechute.

N° 14. — Mme L..., âgée de 31 ans ; placée volontairement le 23 février 1927. Cette malade est mariée et a deux enfants ; actuellement elle est en état de gestation de trois

mois. Baccillose pulmonaire gauche avec crises fréquentes de collapsus cardiaque. Cependant la défervescence s'est produite dans les conditions normales. Dans la nuit du 19 février, la malade a présenté une violente agitation motrice avec des propos délirants et des tentatives de fuite, refusant toute alimentation. Actuellement la malade est dans un état confusionnel, complètement désorientée, incohérente, avec agitation désordonnée, criant et gesticulant, se roulant à terre, brisant tout ce qui se trouve à sa portée. Elle exprime des idées délirantes d'indignité à cause d'un pacte qu'elle aurait conclu avec Satan ; elle se croit indigne de vivre, et préférerait mourir. Tantôt, au contraire, cette malade reste complètement tranquille pendant des heures entières dans un mutisme complet ; elle paraît fortement hallucinée de la vue et de l'ouïe. Très angoissée, elle ne sait où se cacher, et s'enfuit dès qu'elle trouve une occasion.

Le 3 mars elle est encore confuse mais notablement améliorée. Voici une lettre écrite le 3 mars à son mari.

« Monsieur,

« 1^o Visite accordée. 2^o Opportunité d'envisager une sortie hâtive et ordonnance jointe pour le médecin traitant. »

Signé : Médecin chef : Dr GILLES.

Cette malade sort en congé de trois mois le 16 mars 1927, et depuis il ne s'est produit ni incident, ni rechute.

N^o 36. — M. G., âgé de 19 ans, entré le 14 janvier 1926 ; au premier examen, ce malade semble présenter un affaiblissement de toutes ses facultés intellectuelles, mais après

deux ou trois jours de séjour à l'Asile, les vrais signes de la confusion mentale apparaissent plus distinctement : onirisme hallucinatoire, agitation intense, incohérence de propos, frayeurs, etc... il est complètement désorienté dans le temps et l'espace, refuse de répondre aux questions qu'on lui pose ou bien répond à côté. Au mois de mars 1926, on constate une légère amélioration, le malade commence à s'intéresser, et à répondre aux questions à voix basse. On prévient la famille pour le faire sortir. Voici une lettre adressée à M. le Directeur de l'Asile :

« Monsieur le Directeur,

« Lors de la dernière visite que je vous ai faite avec M. X... au sujet de notre fils en traitement, il avait été convenu que nous le retirerions de cet établissement pour le garder à l'essai pendant quelque temps parmi nous, etc... »

Signature.

On autorise la sortie du malade, le 27 mars 1926, pour un congé de trois mois qui est converti par la suite en sortie définitive. Depuis ce moment, ni incidents, ni rechutes.

N° 15. — Mme L..., âgée de 27 ans, placée volontairement le 27 mai 1927 ; l'état physique de cette malade est précaire, pyélonéphrite droite ; ses crises douloureuses ont été calmées par des piqûres de morphine, depuis, cette malade est devenue délirante, agitée, et désorientée. Elle avait la nuit de véritables visions d'Orient, de dragons, de serpents, de Bouddahs, de harems, etc... Elle se cachait sous son lit ou bien demandait un compagnon pour dormir car elle avait

peur à toutes ces visions, et arrivait au point de vouloir se suicider. Elle a un dédoublement de la personnalité ; ainsi, tenez, dit-elle, je vous entends, je « vous vois en ce moment, mais ces sensations restent à la surface, et dans la profondeur de moi-même, il y a une autre personne ». Elle sent son cerveau déformé, sa figure « masquée », ses organes déplacés, etc..., etc... Elle tient des propos très incohérents avec de vagues idées de persécution, et des préoccupations hypocondriaques. Au commencement du mois d'avril, on constate une amélioration sensible, elle quitte l'Asile le 10 avril 1927, pour un congé de trois mois. Voici une lettre écrite par la malade elle-même après sa sortie.

« Docteur,

« Excusez-moi Monsieur le Docteur de ne pas vous avoir tenu au courant de mon état ; mes forces physiques sont revenues et mes appréhensions ont diminué petit à petit. Je suis allée à R... chez ma fille ; le contact avec les miens m'a convaincue que rien d'anormal ne subsistait en moi, etc... etc... »

Signature.

DEUXIÈME CATÉGORIE

Ici nous passerons en résumé tout à fait brièvement les observations restant ; nous ne mettrons plus de correspondances, estimant que la première catégorie d'observations suffira largement pour donner une idée nette sur l'ensemble de l'application de sortie hâtive.

N° 21. — Mme A. C..., âgée de 48 ans ; placée d'office le 26 mars 1924. Examen physique : physionomie inerte, les pupilles en myosis ; paresseux à la lumière ; la langue saburrale et fendillée ; réflexes rotuliens vifs : hypotension et tachycardie, emphysème. La malade ne s'exprime qu'en basque, l'interrogation se poursuit par l'intermédiaire d'une infirmière ; elle dit être mariée et avoir eu 12 enfants dont 4 seraient morts en bas âge ; elle s'exprime en criant très fort et prend une pose maniérée ; elle reste difficilement en place ; tient des propos incohérents, et absurdes, « une fois qu'elle a eu tant d'enfants, elle espère gagner le ciel, dit-elle ; elle vient ici pour être plus près du ciel » ; elle a remarqué que le diable la poursuivait, et elle l'avait chassé, tandis que le Bon Dieu est habillé en prêtre et qu'il avait un chapeau en entrant dans sa chambre, et qu'il l'a posé sur ses genoux. Elle regrette de ne pas être allée assez souvent à l'église, embrasse les mains de la sœur à plusieurs reprises et pleure ; elle est désorientée dans le temps et l'espace, s'agite souvent, et refuse de s'alimenter. Améliorée et sortie en congé de 3 mois le 22 mai 1924, converti en sortie définitive. Depuis ce moment, ni incidents, ni rechutes.

N° 7. — Mme B... A... âgée de 25 ans, placée volontairement le 3 octobre 1924. Cette malade vient de Biarritz accompagnée de la police ; elle est très confuse, ne répond pas aux questions ou bien répond à côté, ne sait pas son âge, ni même son nom, ne se souvient pas de ce qui lui est arrivé, on lui demande : « que faisiez-vous à Biarritz », elle répond qu'elle voulait mourir, puis marmotte des phrases incompréhensibles ; elle est désorientée dans le

temps et dans l'espace ; elle a des hallucinations de l'ouïe et de vagues idées de persécution. Améliorée et sortie en congé de trois mois le 23 octobre 1924. Depuis cette date, ni incidents, ni rechutes.

N° 9. — M. D..., âgé de 47 ans, placé d'office le 28 avril 1923, ce malade est atteint de confusion mentale, avec délire de persécution, idées de grandeur, érotisme, et désorientation dans le temps et l'espace avec incohérence et frayeurs. Amélioré et sorti le 10 juin 1923. Ni incidents ni rechutes.

N° 30. — Mme B... V..., âgée de 51 ans, placée volontairement le 18 septembre 1920. Il s'agit d'une malade qui présente une excitation intellectuelle et motrice avec insomnies, refus d'alimentation et hallucinations sensorielles, mutisme, état fébrile, abcès multiples ; furonculose, état général mauvais. Après un mois et demi de traitement, la malade commence à s'améliorer tout en restant très incohérente avec désorientation complète dans le temps et l'espace, et effrayée. Vers le mois de décembre, on constate une amélioration nette, et on laisse sortir la malade pour un congé d'essai. Depuis cette sortie, ni incident, ni rechute.

N° 41. — M C..., âgé de 22 ans, placé volontairement le 28 janvier 1921. Il s'agit d'un malade qui présente des troubles mentaux caractérisés par des idées délirantes, mélancoliques, tantôt maniaque, avec des périodes d'agitation pendant lesquelles il brise les objets qui se trouvent sous sa main, et en menace son entourage. Il a essayé de se suicider en se noyant dans le bain, en se jetant du haut des

murs ; il souffre d'insomnies et de maux de tête ; désorientation complète, hallucination de l'ouïe, incohérence de propos et désordre des actes. Après trois mois de traitement, le malade se calma peu à peu et les signes mentaux s'améliorent. Sorti le 9 mai 1921 pour un congé d'essai il n'a eu depuis ni incidents, ni rechutes.

N° 2.— Mme P... C..., âgée de 48 ans, placée d'office, entrée le 30 décembre 1920. C'est une malade qui présente une frayeur, désorientation dans le temps, hallucinations de l'ouïe, incohérence de propos, et préoccupations hypocondriaques avec agitation motrice et intellectuelle, crie, chante, pleure, rit, refuse de s'alimenter. En l'espace de quinze jours, elle se remet.

Certificat de quinzaine : état confusionnel avec ébauche hallucinatoire, coïncidant avec une crise toxi-infectieuse, possibilité de sortie dans un temps prochain. Sortie en congé de trois mois le 7 janvier 1921. Ni incidents, ni rechutes.

N° 31.— Mme G... D..., âgée de 29 ans, placée volontairement, entrée le 4 mars 1921. C'est à la suite de la mort de sa mère, que cette malade est devenue tout d'un coup très agitée, excitée, délirante, tenant des propos incohérents, avec onirisme hallucinatoire, voit des anges, des saints, etc... ; elle est désorientée dans le temps et l'espace, indifférence affective, frayeurs. Améliorée et sortie le 22 mai 1921. Ni incidents ni rechutes.

N° 40. — M. Q..., âgé de 44 ans, placé d'office, entré le 28 décembre 1920, il s'agit d'un malade qui présente depuis

quinze jours de l'anxiété, des frayeurs ; il refuse de répondre aux questions qu'on lui pose ; il est gémissant, se lamente sans cesse, regarde autour de lui d'une manière épouvantée, reste le plus souvent figé dans la même attitude, voit du feu, croit qu'on l'empoisonne, et refuse de s'alimenter, croit être syphilitique et à d'autres préoccupations hypochondriaques ; il est désorienté dans le temps et l'espace. Il tient des propos incohérents. Amélioré sensiblement, il sort en congé de trois mois le 3 mars 1921. Ni incidents, ni rechutes, et la sortie provisoire a été convertie en sortie définitive.

N° 3. — M. M..., âgé de 53 ans, placé volontairement le 20 mai 1921. Ce malade présente un état physique précaire. cirrhose atrophique de Laennec. Depuis quinze jours, il est dans un état d'agitation et excitation violentes ; il menace son entourage, brise les objets dans la maison et a des hallucinations terrifiantes ; il est désorienté dans le temps, anxieux et très incohérent. Il sort amélioré le 14 juin 1921. Ni rechute, ni incidents.

N° 17. — Mme C. . C..., âgée de 34 ans, placée volontairement le 1^{er} septembre 1921. Il s'agit d'une malade mélancolique, angoissée, inquiète, qui a tenté trois fois de se suicider ; la première fois en se donnant des coups sur la tête, la seconde fois en absorbant de la teinture d'iode, et la troisième fois en se jetant dans un puits de 19 mètres de profondeur. Cette malade est très effrayée, elle se cache, répond mal aux questions, se défend quand on s'approche d'elle, ne se rappelle pas son nom ; elle est désorientée dans le temps

et l'espace et est incohérente. Améliorée et sortie en congé le 6 octobre 1921. Depuis ce moment, ni incidents, ni rechutes.

N° 42. — Mme T..., âgée de 27 ans, placée volontairement, le 9 avril 1923 ; il s'agit d'une malade hypocondriaque, et très pieuse ; trois jours après avoir été en pèlerinage à Lourdes, elle commence à avoir des insomnies, devient très agitée, violente, déchire et casse tout ce qui lui tombe sous la main ; elle est très impulsive. Onirisme hallucinatoire, frayeurs, anxiété, méfiance, refuse de s'alimenter, et est très incohérente. Elle prend les personnes qu'elle voit pour Saint-Michel, Sainte-Thérèse, et tient des propos absurdes. Elle sort améliorée le 21 juillet 1923. Depuis cette date, ni incidents, ni rechutes.

N° 34. — M. P..., âgée de 24 ans, placée volontairement le 8 décembre 1923. Il s'agit d'une malade qui ne sait ni son nom, ni le lieu et la date de sa naissance, elle dit simplement qu'elle est des Basses-Pyrénées et tout de suite après ajoute : « Je ne le sais pas exactement, je le dirai un peu plus tard. » Parle d'une bosse sur le nez, d'électricité, de sommeil, etc... et tient des propos incohérents ; elle est hypocondriaque, raconte qu'elle a reçu un coup qui lui a tourné les yeux, arrêté les fonctions vitales, changé la place des organes, brouillé le cerveau, et déplacé les nerfs dans la tête ; elle a des hallucinations de la vue et de l'ouïe. « On m'avait fait faire deux ou trois voyages, dit-elle, pour me troubler la cervelle ; on est entré, très probablement par effraction, j'avais mon type particulier qui m'avait enlevé de l'hôtel. » etc... etc... Elle a de vagues idées de persécution, fausses reconnais-

sances, et désorientation. Améliorée et sortie le 7 mars 1924. Ni incidents, ni rechutes depuis cette date.

N° 18. — M. D..., âgé de 58 ans, placé volontairement le 28 février 1922 ; il s'agit d'un malade opéré d'une hernie gauche depuis un mois. La langue déviée à gauche, la parole est embarrassée, les réflexes pupillaires normaux, les réflexes rotuliens vifs ; il est très loquace, mais passe rapidement d'un sujet à l'autre et fixe difficilement son attention sur une question précise ; par moment, il devient incohérent, et désordonné dans ses mouvements ; il est désorienté dans le temps et l'espace, halluciné de la vue et de l'ouïe. Sorti le 29 mars 1922 pour un congé de trois mois converti par la suite en sortie définitive. Depuis ce moment, ni incidents, ni rechutes.

N° 22. — Mme B..., âgée de 48 ans, placée volontairement le 19 décembre 1924. Il s'agit d'une malade qui est dans un état de demi-conscience avec obtusion intellectuelle : « je ne savais pas ce que je faisais, dit-elle, je ne sais pas, j'étais toute étourdie, je radote, je ne voudrais pas radoter, je voudrais toute l'intelligence, je ne sortirai pas d'ici avant d'avoir toute cette intelligence ». Elle a eu deux crises de convulsions avec une grande agitation, la première aurait duré environ un quart d'heure, la deuxième une demi-heure. Après, elle présente un état délirant avec des idées incohérentes et des tendances érotiques accompagnées de quelques hallucinations auditives. Sédation légère au cours de la quinzaine. Améliorée et sortie le 31 janvier 1925. Ni incidents, ni rechutes.

N° 5. — M. B..., âgé de 48 ans, placé volontairement le 7 novembre 1923 ; il s'agit d'un malade qui avait fait un grand voyage et étant fatigué et ne trouvant pas de logement, errait dans les rues ; il voyait des mauvais esprits, des chats, des chiens, des oiseaux, des gens qui lui faisaient des grimaces et des taquineries, entendait des voix qui l'insultaient, et lui disaient : « Ah ! le cochon ! » Il est désorienté, et incohérent. Sorti le 29 novembre 1923 amélioré. Depuis ce moment, ni incidents, ni rechutes.

N° 23. — M. P..., âgé de 28 ans, placé d'office le 2 janvier 1925 ; ce malade a fait son service militaire en Orient, où il a contracté le paludisme ; il a de grands et de petits accès de fièvre, et il dit avoir perdu la mémoire pendant ces grands accès : « je ne me rappelle pas, dit-il, ce qui s'est passé durant » ; en outre, il sent venir l'accès qui débiterait, dit-il, par des céphalés violentes et même des vomissements, puis une irritabilité profonde. « Puis c'est la contrariété, dit-il, qui s'est tournée sur moi ; j'ai eu une discussion avec ma mère, et c'est surtout cela qui m'a monté à la tête ; j'ai eu une contrariété. A ce moment, je ne me suis pas rendu compte, mais il paraît que je l'aurais frappée, où que j'aurais essayé ». Onirisme hallucinatoire, vagues idées de persécution. Amélioré et sorti en congé de trois mois le 2 février 1925 ; congé converti en sortie définitive. Depuis ce moment, ni incidents, ni rechutes.

N° 33. — Mme E. F..., âgée de 36 ans, placée d'office le 5 juillet 1923, cette malade vient de l'Hospice de Tarbes, elle est persécutée, croit qu'on veut la tuer, entend des menaces,

a des frayeurs. Elle est désorientée dans le temps et dans l'espace, elle est confuse et ne sait où elle se trouve, ni d'où elle vient ; elle est incohérente et hallucinée. Au bout de quelques jours, elle commence à se ressaisir, demande des nouvelles de sa famille, mais reste toujours désorientée. Elle est un peu triste, mais son amélioration est en bonne voie. Le 16 septembre 1923, elle sort améliorée en congé de trois mois, converti par la suite en sortie définitive ; depuis cette date, ni incidents, ni rechutes.

N^o 24. — Mme E. V..., âgée de 42 ans, placée d'office le 6 juin 1925, cette malade présente un syndrome confusionnel avec agitation automatique et excitation intellectuelle se traduisant par un désarroi psychique complet avec propos incohérents et sans suite où l'on voit cependant émerger quelques vagues idées délirantes de persécution, d'ailleurs à peine ébauchées ; ainsi la malade la bouche entr'ouverte et faisant mine de mordre son drap (geste qu'elle continue durant tout l'interrogatoire), exprime les propos suivants : « j'ai un secret, attendez... Mme Laborde suggestionne les sommités médicales... Rendez-moi ce qui n'est pas à vous... C'est la tour Eiffel... Saint Antoine, j'ai confiance en vous... Attendez un peu pour faire sortir la terre... Sommités médicales... J'ai eu peur de l'anéantissement de la terre... Je suis née à Lourdes... C'est de la science... Monte là-dessus, monte là-dessus, tu verras Montmartre... Je vous em... à vous... Mari adieu... Adieu papa... Bon saint Antoine téléphonez, etc... » La malade est totalement désorientée. Pendant la quinzaine, l'obtusion intellectuelle est toujours très prononcée, la malade ne cause guère, et ne répond pas aux questions

qui ne paraissent pas aller jusqu'à sa conscience ; par contre, il y a lieu de noter une légère sédation des phénomènes d'agitation et une régularité plus grande dans son alimentation ; on la fait sortir le 19 juillet 1925 pour un congé d'essai de trois mois, converti par la suite en sortie définitive. Ni incidents, ni rechutes à signaler.

N° 11. — Mme M. C..., âgée de 53 ans, placée volontairement le 22 novembre 1926. Antécédents de cette malade : un cousin germain du côté paternel se serait pendu à 50 ans. Elle est mariée, n'a pas eu d'enfants ni de fausses couches, mais pendant la guerre, elle aurait tenu une maison de Santé où on soignait des syphilitiques, et cet état de chose aurait créé chez elle une phobie de syphilis ; elle fit faire plusieurs « Wassermann » qui auraient été toujours négatifs, elle refuse de manger, voit tout en noir, exprime des idées de suicide, est alternativement excitée et déprimée, et réclame toujours des réactions de « Wassermann ». Malgré la réaction négative, elle demande à être soignée par le Quinby et le Muthanol : elle est complètement désorientée et exprime des idées de persécution et a des hallucinations sensorielles. Améliorée et sortie en congé de trois mois le 14 décembre 1926, converti par la suite en sortie définitive. Ni incidents, ni rechutes ne se sont produits depuis ce moment.

N° 9. — Mme P..., âgée de 33 ans, placée d'office le 21 août 1926. Il s'agit d'une malade qui voulait empoisonner son bébé : « Mon petit qui a treize ans, j'ai essayé de l'empoisonner, alors qu'il était encore dans mon ventre. Un docteur pour cela m'avait aidé, j'ai pris des pilules, mais cela

n'a rien fait, et lui, est né quand même. Je suis mécontente. » D'après son mari, la malade était de tout temps très irritable et impulsive. Actuellement, elle vient de l'Hospice de Pau, où elle venait d'être opérée depuis une quinzaine ; elle s'est livrée à des scènes de colère et même de violences, et par le bruit qu'elle causait, empêchait les autres malades de reposer. Elle est incohérente, désorientée, mais son affectivité est conservée ; elle pleure en lisant les lettres de son fils. Elle paraît débile depuis sa naissance. Cette malade améliorée est sortie le 5 septembre 1926, pour un congé de trois mois, converti en sortie définitive. Ni incidents, ni rechutes depuis ce moment.

N° 26. — Mme L..., âgée de 48 ans. Placée d'office le 27 juillet 1926, cette malade présente un état d'agitation motrice intense, ne pouvant rester en place, fait des gestes désordonnés et violents, parle et crie sans discontinuer, autant la nuit que le jour. Tous ses propos sont d'une incohérence et d'une absurdité étrange ; elle mélange le français, le patois, l'espagnol, le basque, pleure, rit sans motif ; elle semble converser avec sa famille, en s'adressant à une infirmière. Elle est désorientée dans le temps et l'espace, et s'alimente mal. Pendant la quinzaine, elle commence un peu à se ressaisir, se tient plus calme qu'à son entrée. Améliorée et sortie en congé de trois mois le 6 septembre 1926, converti par la suite en sortie définitive. Ni incidents, ni rechutes à signaler depuis.

N° 12. — M. T..., âgée de 42 ans, placée volontairement le 22 décembre 1926, cette malade est arrivée dans un état

d'agitation motrice intense avec des désordres dans les actes et des violences vis-à-vis de son entourage, elle émet des cris inarticulés, a des idées absurdes et incohérentes, ne peut pas rester en place, déchire tout ce qui lui tombe sous la main, refuse toute alimentation. Elle est désorientée dans le temps et dans l'espace? Améliorée et sortie en congé le 6 janvier 1927. Ni incidents, ni rechutes à signaler.

N° 27. — M. L. ., âgée de 30 ans, placée d'office le 19 juillet 1927. Examen physique : pupilles paresseuses à la lumière et à l'accommodation ; elles sont en mydriase. Réflexes rotuliens vifs, caractère hyper-émotif. Il s'agit d'une malade délirante, en état d'agitation et d'excitation, crache sur les personnes qui l'approchent, appelle tout le temps sa fille, dit que les Allemands lui ont volé son mari et sa fille, et lui envoient des gaz toxiques ; elle ne s'alimente pas bien, s'inquiète beaucoup de son enfant ; elle est désorientée dans le temps et dans l'espace, ne se rappelle pas d'où elle vient et est très confuse. Après une quinzaine, l'excitation motrice et intellectuelle se calme, l'incohérence est diminuée mais la malade ne se rappelle pas ce qui lui est arrivée : elle impute ces troubles mentaux, ces pertes de mémoire à la fatigue, conséquence d'un voyage qui l'a épuisée. Notons que cette malade est arrivée d'Espagne dans la nuit, conduite par deux gendarmes espagnols qui ont fait connaître au service spécial de police de Hendaye, que cette personne refoulée d'Espagne est atteinte d'aliénation mentale avec des crises violentes. Après un mois de traitement l'amélioration continue et on laisse sortir la malade le 13 septembre 1927. Depuis ce moment, ni incidents, ni rechutes.

N° 38 — Agé de 27 ans, placé volontairement le 27 décembre 1927. Le tempérament de ce malade est un peu faible; il est très sujet aux émotions: joie et tristesse faciles. Il menait une vie exemplaire, pas de boissons alcooliques, ni café, ni tabac. Il y a 7 ans, il a eu une crise de neurasthénie paraît-il, causée par le surmenage intellectuel; au mois de janvier 1927, il a eu une albuminurie très importante. Actuellement, ce malade est très constipé; les purgatifs réussissent très mal; il souffre d'insomnies, est très irritable, se préoccupe beaucoup de sa santé, devient par moments agité, crie sans motifs, parle bien fort, et récite à haute voix sans se soucier de son entourage des chapitres de la Bible. De temps en temps, il prononce des mots grossiers et absurdes; l'amnésie et l'aprosodie occupent le premier plan; la désorientation dans le temps et dans l'espace est positive, l'hallucination et les idées mystiques existent; on observe des idées de persécution tantôt diffuses, tantôt se rapportant à des personnages déterminés (Pasteur) qu'il accuse de l'avoir offensé. Parfois il parle spontanément, et c'est alors qu'on voit qu'il est fortement incohérent; quand il écoute, on dirait que le malade fait un effort pour fixer son interlocuteur sans jamais y arriver. Amélioré et sorti le 27 février 1928. Depuis ce moment, ni incidents, ni rechutes à signaler.

N° 28. — M. B..., âgée de 48 ans, placée volontairement le 19 avril 1928. Il s'agit d'une malade délirante, hallucinée, extrêmement violente dans ses propos et ses réactions: elle injurie et violence toutes les personnes qui tentent de l'approcher, tellement qu'on a été obligé de l'isoler; elle est

désorientée dans le temps et dans l'espace, est très incohérente : elle parle du diable, de Dieu, de la Sainte Vierge, déchire sa chemise, se frappe la tête. Après la quinzaine, elle se calme un peu, se sent très fatiguée, mais reste toujours confuse. Le 24 juin 1928, elle sort en congé de trois mois, converti par la suite en sortie définitive. Depuis, ni incidents, ni rechutes ?

N° 39. — M. B..., âgée de 20 ans, placée d'office le 17 avril 1928; il s'agit d'une malade qui est dans un état puerpéral « post abortum »; elle paraît mal orientée, est très anxieuse, désordonnée et malpropre, déchire et salit son linge : elle est gâteuse ; elle refuse de s'alimenter, on est obligé de la sonder. Elle est hallucinée, stupeureuse, comprend mal les questions qu'on lui pose. Améliorée et sortie le 9 juillet 1928 pour un congé de trois mois, converti en sortie définitive. Ni incidents, ni rechutes à signaler.

N° 25. — Mme B., âgée de 47 ans, placée à l'asile volontairement le 22 avril 1926. L'attention de cette malade paraît très difficile à fixer. A peine par quelques injonctions impératives, parvient-on à avoir de temps à autre quelques réponses imprécises et inachevées. Rien ne paraît pouvoir arrêter le flux débordant de ses idées sans suite et en coq à l'âne perpétuel, ainsi : « J'ai peur de tout, parce, que vous êtes là, oui, j'ai compris vous le savez ma sœur... non ma sœur... ne me laissez pas, non ne me laissez pas... Ah !! oui, docteur, oui j'ai compris, c'est à nous deux oui, en une seconde ça peut être fini, oui, en une seconde ça peut être fini, oui, et vous voulez en faire une éternité

(elle pleure et rit alternativement) oui, quand il faudrait faire le tour du monde en chameau. Oui, Madame L. R... Docteur Oh ? Docteur, j'aurais voulu la voir oui, j'ai compris ; je suis chez qui ? » Lui demande-t-on son âge : « Je n'en ai pas, je viens du pays (chante) Vous me fatiguez » Onirisme et délire symbolique de l'état affectif accru par une rupture sentimentale d'avec son amie. Celle-ci ayant été jadis psychosée notre malade se rapproche d'elle par sa psychose. Améliorée et sortie le 4 juin 1926. Depuis ce moment, ni incidents, ni rechutes à signaler.

N° 8. — M. R..., âgée de 22 ans, placée volontairement le 4 juillet 1926; il s'agit d'une malade excitée avec agitation motrice et intellectuelle intense ; elle déchire et brise tout ce qui lui tombe sous la main, parle sans cesse, et rapidement est très loquace et tient des propos incohérents ; fait des comparaisons ; bibliques des citations de cantiques, etc... Elle est complètement désorientée dans le temps et dans l'espace. Améliorée et sortie le 30 juillet 1926, pour un congé de trois mois, converti en sortie définitive, cette malade n'a eu depuis ni incidents ni rechutes.

N° 35. — M. T..., J... âgé de 45 ans, placé volontairement le 2 décembre 1925. Il s'agit d'un malade qui souffre de vertiges et qui à tout le temps envie de dormir ; il est dans l'incapacité de travailler, a des sentiments d'impuissance, des hallucinations sensorielles et sensitives, est dans un état mélancolique, a de la lenteur de l'idéation, de l'émotivité, des préoccupations d'intérêt, des idées de ruine, de l'incohérence et de la désorientation avec des velléités de

suicide. Sorti amélioré le 23 février 1926, ce malade n'a eu ni rechutes, ni incidents.

N° 16 — M. M... J..., âgé de 40 ans, placé volontairement le 4 septembre 1927, ce malade a contracté deux fois le paludisme pendant la guerre; depuis, il souffrait de l'estomac et de céphalées, devient très agité, excité, désordonné dans ses propos et ses actes, refuse tous les soins du docteur, s'alimente mal, il est halluciné et vaguement persécuté; il fait des projets d'avenir avec idées de richesse et de grandeur; les propos qu'il tient sont incohérents et absurdes, il est désorienté dans le temps. Ce malade est sorti amélioré le 27 septembre 1927, pour un congé de trois mois, converti en sortie définitive. Depuis ce moment, ni incidents, ni rechutes.

TROISIÈME CATÉGORIE

Ici, nous reproduisons les deux observations de malades qui ont été guéris par la méthode de sortie hâtive et qui sont revenus après 5 ans passés normalement, avec de nouveaux symptômes de confusion mentale.

N° 29. — M. A..., âgée de 20 ans, placée d'office le 24 janvier 1919, cette malade présente des tremblements de la langue, de l'arthrite de l'épaule droite, de l'atrophie musculaire, de l'insuffisance aortique, de l'agitation motrice et intellectuelle depuis 5 jours, des idées délirantes de persécution contre sa sœur, de la désorientation dans le temps et de l'incohérence dans ses propos. Sortie améliorée le

28 avril 1919, par un congé de trois mois converti en sortie définitive. 5 ans après, cette malade revient pour la seconde fois à l'Asile pour des troubles mentaux caractérisés par une bouffée confusionnelle, ne sachant ni son nom, ni la date, ni les jours, ni le lieu d'où elle vient, elle ne se souvient pas qu'elle a déjà été internée et ne reconnaît personne. La cause de sa maladie, vient, paraît-il, des suites de ruptures de ses fiançailles ; depuis elle ne dort pas et ne fait que pleurer. Améliorée et sortie le 9 février 1924 après 25 jours de traitement. Depuis cette date, ni incidents ni rechutes.

N° 20. — M. B..., âgé de 38 ans, placé volontairement le 9 mai 1923 : il s'agit d'un malade qui présente une agitation motrice et intellectuelle, avec hallucinations de l'ouïe, onirisme hallucinatoire et incohérence. Amélioré et sort le 21 juin 1923.

Cinq ans après, le 1^{er} juin 1928, n° 4, ce malade revient pour la deuxième fois dans un état très agité, halluciné et confus. Il ne se souvient de rien du tout, est hébété, ne veut pas répondre, est dans omnubilation profonde, cherche à s'isoler, a des sentiments d'insécurité, criant de temps en temps : « Au Feu » Notons que ce malade a contracté le paludisme à Salonique pendant la guerre. Après une quinzaine de jours de traitement, le malade semble se réveiller, prend des renseignements, et commence à s'améliorer. On le fait sortir le 25 juin 1928 pour un congé de trois mois converti en sortie définitive. Depuis ce moment, ni incidents ni rechutes à signaler.

QUATRIÈME CATÉGORIE

Ici, nous mettrons les observations des malades qui sont sortis tardivement par suite de différentes circonstances qui n'ont pas permis leur sortie les premières semaines de leur amélioration (refus de leurs parents à les recevoir, manque de parents, impulsions au suicide, refus de s'alimenter, etc...) Pendant leur séjour à l'Asile, ces malades ont eu plusieurs améliorations et rechutes sans être jamais complètement guéris, et nous avons choisi l'époque du commencement d'une de leurs améliorations pour les faire sortir après nous être péniblement mis d'accord avec leurs parents qui ne voulaient pas les recevoir. Ainsi ces malades ont évité le passage de leur maladie à la périodicité ou chronicité définitive.

N° 48. — M. B..., âgé de 41 ans, placé volontairement le 8 février 1919 ; il s'agit d'un malade qui a eu une grande frayeur. Venant de Saint-Médard, il fut attaqué par des individus qui le menacèrent de le jeter à l'eau et il ne dut son salut qu'à l'intervention de ses camarades. Depuis, ce malade présente un sentiment d'insécurité avec hallucinations, tient des propos incohérents, est désorienté dans le temps et l'espace. Ce malade s'est amélioré plusieurs fois, durant huit mois et est retombé de nouveau en présentant un état confusionnel profond. Au mois de février 1920, on constate une amélioration et cette fois, sa famille consent à le recevoir.

Voici une lettre reçue de sa femme le 12 avril 1920.

« Monsieur le Directeur,

« Je viens vous mettre au courant de l'état mental de mon mari. Au courant du mois de mars il a passé une période de 8 jours très agitée ; les nuits cependant, la crise paraît avoir disparu. Comme par le passé, ce sera vous, Monsieur le Directeur, qui jugerez son état.

« Salutations etc. . . »

Signé : M. B...

Le 25 avril 1920, sa femme fait savoir que son mari est entièrement rétabli et n'a plus eu de crises. Depuis ce moment, ni incidents, ni rechutes à signaler.

N° 47. — Mme C. M..., âgée de 20 ans, placée d'office à l'Asile le 8 avril 1919, cette malade est complètement désorientée dans le temps et dans l'espace, incohérente, présente une excitation motrice, refuse de s'alimenter, a des hallucinations visuelles et auditives. Cette malade est améliorée le 24 avril 1919, mais on ne peut la faire sortir. Elle rechute et de nouveau présente une amélioration vers le mois de mai 1919 et semble presque guérie de sa confusion. Un mois et demi après, elle présente de nouveaux symptômes : excitation intellectuelle et motrice, hallucinations, idées de persécution, et vers le mois de février 1920, elle commence à s'améliorer. Cette fois, on la fait sortir, pour un congé de trois mois et la malade se rétablit rapidement. Depuis ce moment, ni rechutes, ni incidents à signaler.

N° 44. — M. A..., âgé de 31 ans, placé volontairement le 27 novembre 1925, ce malade s'exprime très péniblement,

comprend très difficilement les questions qu'on lui pose, ne se rend nullement compte de sa situation actuelle ; ignore le lieu où il se trouve, la date exacte de son arrivée, même son nom ; il a des préoccupations hypocondriaques ; à la plupart des questions posées, il répond : « Je ne sais pas. » Obtusion intellectuelle ; désorientation dans le temps et dans l'espace ; ce malade est sujet à des impulsions violentes, de vagues idées de persécution et est mystique. Amélioré, puis rechuté plusieurs fois jusqu'au mois de mars 1926. On demande aux parents de le faire sortir ; ils répondent à Monsieur le Directeur qu'ils consentent à retirer le malade, qui sort en congé le 7 mars 1926. Depuis ce moment, ni incidents ni rechutes ne se sont produits.

N° 45. — M. A..., placé d'office le 5 décembre 1927, ce malade a été transféré de l'Asile de Vaucluse pour troubles mentaux caractérisés par la confusion mentale avec délire d'influence ; son hérédité est très chargée ; le père interné à M... ; la mère est morte cardiaque, lui-même a de l'insuffisance mitrale, probabilité de l'alcoolisme. Il s'agit d'un malade qui a des accès de manies avec sentiments de forces augmentées « émet un rythme, peut vous foudroyer, dit-il », voit des esprits, fait des projets de coup d'Etat élabore des programmes pour créer une nouvelle Société des Nations, entend des voix du Ciel venant des Anges par T. S. F. Ces anges lui disent : « Ton ennemi est à la maison » et il en déduit que c'est sa femme qui probablement ne l'aime pas, mais ne veut pas se séparer de lui pour empocher les richesses qu'il possède. Le malade est confus, mal orienté, ne veut pas coucher dans son lit parce qu'il est rempli des

microbes de la tuberculose, il se roule sous le lit ; tour à tour, il est euphorique et anxieux. Le 15 mai 1928, sa femme consent à le retirer. Depuis, il se porte très bien et continue à s'occuper de ses affaires : ni incidents ni rechutes à signaler.

N° 43. — Mme H..., âgée de 60 ans, placée volontairement le 3 décembre 1925 ; il s'agit d'une femme déprimée, assise dans son lit qui regarde toujours dans la même direction, parle à voix basse ou bien garde un mutisme complet ; elle semble parfois se réveiller tout d'un coup et présenter alors une agitation très forte avec des impulsions à la violence ; c'est à ces moments là qu'on voit qu'elle est désorientée et fortement incohérente : elle refuse toute alimentation, et on est obligé de lui donner la sonde. Après s'être améliorée et être retombée, on obtient sa sortie d'essai le 10 avril 1926. Depuis ce moment, ni incidents, ni rechutes ne se sont produits.

CINQUIÈME CATÉGORIE

Ce sont des malades atteints d'états confusionnels qui, après un certain nombre de rechutes et d'améliorations dans les Asiles, ont évolué vers la démence et sont condamnés à passer leur vie pour ainsi dire enfermés. Nous avons plusieurs cas de confus qui n'ont jamais été entièrement guéris de leur maladie et qui, au bout de 2, 3, 5 années d'internement sont devenus déments. Nous n'estimons pas utile de publier ces observations étant donné que

dans les Asiles, le passage du confusionnel à la démence est fréquent. C'est pour éviter cette évolution néfaste que nous préconisons la sortie hâtive dans le traitement des états confusionnels.

CONCLUSION

De ce succinct exposé basé sur l'expérience clinique, nous dégageons les conclusions suivantes :

1° L'application de la technique de la sortie hâtive au traitement des psychoses aiguës du type confusionnel permet une cure particulièrement rapide de la maladie.

2° D'une part, permettant de réduire à quelques semaines, trois ou quatre en moyenne, la durée de l'internement, elle en diminue les conséquences morales et sociales.

3° D'autre part, la cure suit alors la reprise familiale au bout de quelques jours : la sortie hâtive paraît donc influencer très favorablement l'évolution de la maladie. D'un côté elle raccourcit la durée de la convalescence, hâte la guérison évitant les sequelles et les rechutes tandis que par ailleurs, et par voie de conséquence, elle supprime les tendances à la chronicité.

4° Alors qu'elle demande que le malade soit remis à sa famille à un stade qui, au point de vue symptomatique, est incontestablement prématuré, elle a pu être pratiquée sans incident.

L'application de la sortie hâtive nécessite donc,

en fait, une grande prudence et un contrôle médical suivi, ainsi que le sens exact du milieu moral et des possibilités matérielles que l'on trouvera dans la famille.

5° Ces malades seraient justiciables de services ouverts qui doivent fonctionner dans tous les Asiles en attendant la transformation de ces derniers en hôpitaux psychiatriques.

La sortie hâtive constitue une excellente mesure d'attente ; son application sous la forme de sortie d'essai donnant une garantie de prompt retour en cas de nécessité.

Il faut mettre avant tout ces malades mentaux dans une ambiance médicale, leur inspirer confiance, leur faire comprendre qu'ils sont à l'Asile pour se soigner et non pour l'intérêt de la Société et qu'ils le quitteront dès que leur état pathologique le permettra. En effet, dans de pareils services les psychopathes entreront avec confiance dès le début de leur maladie « dans une atmosphère médicale » (suivant l'expression du professeur Claude) qui produira une action thérapeutique beaucoup plus efficace, dans nombre d'affections et surtout dans les états confusionnels que l'on ne voit que très rarement dans les Asiles.

Ainsi, les services ouverts de la sortie hâtive porteront un coup mortel aux préjugés, donneront la confiance aux malades et à leurs familles, et accompliront leur tâche thérapeutique plus facilement en donnant à la psychiatrie moderne une place im-

portante bien méritée dans la science médicale.

Pour terminer cette question, finissons cette thèse par leçon inaugurale de notre Maître, le professeur Henri Claude qui traite ce sujet admirablement bien et nous nous associons entièrement à son point de vue.

Voici les quelques lignes de cette éducative leçon : « Enfin l'étude même de cette catégorie de
« malades se prêterait particulièrement à la démonstration des méthodes d'investigations médico-psychologiques nécessaires aux médecins pour
« jouer tôt ou tard leur rôle dans la lutte pour la prophylaxie et hygiène mentale. Habituels, en effet,
« à déceler les psychopathes dès les premiers symptômes, ils seront, tant à l'école qu'à l'usine, ou dans la famille, à même de reconnaître les anormaux, les inadaptés, les tarés de toutes sortes, qu'ils
« pourront souvent orienter vers une activité plus conforme à leur aptitude et dont la découverte précoce permettra de limiter l'action nocive etc... » et il suit : « Il faut créer des services comportant à la fois un quartier libre avec dispensaire et consultations externes, et un quartier fermé. Offrant alors toutes les variétés des psychopathes, la clinique des maladies mentales deviendra non seulement un centre d'enseignement fécond, mais aussi un centre médical et scientifique où seront mis en œuvre tous les moyens de traitement et d'étude des affections psychopathiques.

« Ainsi, la médecine mentale s'inspirant des

« méthodes en usage en clinique générale, accor-
« dant généreusement à ceux qui se confient à elle
« les moyens d'assistance d'ordre thérapeutique
« on hygiénique usités chez les autres malades,
« ne se distinguera plus des autres branches des
« sciences médicales et sera à même de remplir
« le grand rôle qui lui est plus qu'à tout autre
« dévolu dans l'organisation sociale moderne. »

Vu : le Président de la thèse,
CLAUDE

Vu, le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

I. — Travaux concernant le traitement de la Confusion mentale, en général.

Baillager. — Recherches sur les maladies mentales, t. 1^{er}, 1890.

Ballet (Gilbert) et Laigniel-Lavastine. — Les lésions cérébrales dans les pshychoses toxiques (XV^e Congrès international de médecine, Lisbonne, 1906).

Ballet (Gilbert) et Callais (Alf.) — Etat confusionnel simulant la démence précoce. Signe d'Argyll. Roberston ; Remission du signe d'Argyll, guérison des troubles mentaux (Encéphale, 1912).

Baruk. — Confusion mentale dans les tumeurs cérébrales. (Encéphale, n^o 10, 1926).

Boyer. — Thèse à Bordeaux, 1900.

Claude (Henri) et Rose. — Forme catatonique de la Confusion mentale (Encéphale, 1908).

Claude (Henri) et Brousseau. — Troubles mentaux d'origine encéphalique à début confusionnel avec palialie et tachypnée (Encéphale, n^o 6, 1922).

Claude (Henri) Baruk-Lamache. — Sur une variété de Confusion mentale simulant le syndrome de Korsakoff au cours d'une tumeur cérébrale: fausse fabulation, troubles de l'appréciation de la durée « télescopage » des souvenirs (Compte rendu officiel de la Société de psychiatrie de Paris, le 28 avril 1927).

- Claude (Henri)*. — Démence précoce et Schizophrénie (30^e Congrès de Genève, 2-6 août 1926).
- Chaslin (P.)*. — Confusion mentale primitive (Annales médico-psychiatriques, 1892).
- Confusion mentale d'origine commotionnelle chez les blessés (Ext. annales médico-psychologiques, 1915).
- Sémiologie clinique. Paris, 1912.
- Charpentier*. — Revue neurologique, 1919.
- Dagonet*. — De la stupeur dans les maladies mentales (Annales médico psychologiques, 1872).
- Damaye*. — La confusion mentale et ses associations (Annales médico psychologiques, sept. 1911).
- Genil, Perrin et Savoureux*. — Confusion mentale avec stupeur et affection utérine 1912 (Encéphale, 372).
- Gombault*. — Confusion mentale. Paris, 1897.
- Guiraut et Chanes*. — Confusion mentale datant de plus de deux ans, guérie par une injection de térébenthine. (Encéphale, 296, 1926).
- Huot*. — Les psychoses puerpérales. Thèse de Bordeaux, 1910.
- Laigniel-Lavastine*. — Syndrome de Korsakoff et Confusion mentale (Encéphale, 1913).
- Laigniel-Lavastine et Vinchon*. — Autosuggestion par anxiété confusionnelle (Encéphale, 1920).
- Laures*. — Confusion mentale et démence (Encéphale, 423, 1910).
- Lautier*. — La manie confusionnelle (Encéphale, n^o 8, 1926).
- Leroy et Barbé*. — Confusion mentale post-commotionnelle avec impulsion chez un prédisposé (Encéphale, 57, 1921).
- Mallet*. — Etat confusionnel in traité de Pathologie de Sergent, Ribabeau-Dumas, etc...
- Mignard*. — Confusion mentale in traité de Pathologie de Sergent et Cie.
- Naudascher*. — Confusion mentale onirique avec hallucinations

lilliputiennes chez une femme de 77 ans traitée par les rayons X pour un conéroïde de la région frontale (Encéphale, 257, 1927).

Neneu. — Confusion mentale et mélancolie. Thèse Bordeaux, 1909.

Nouet (H.). — Syndrome confusionnel au cours de l'artériosclérose cérébrale (Encéphale, 1913).

Pelissier, Borel et Callier. — Crises épileptiques et Confusion mentale chez une malade atteinte d'insuffisance pluri-glandulaire (Encéphale, 1920).

Régis et Heanrd. — Article Confusion mentale du traité international de Psychologie pathologique. Paris, 1910.

Régis. — Article Confusion mentale in Précis de Psychologie.

Rogues de Fursac. — Article Confusion mentale du manuel de psychiatrie.

Seglas. — Un cas de folie post cholérique à forme de Confusion mentale primitive (Annales médico-psychologiques, 1895).

— Confusion mentale (Archives générales de Médecine, mai-juin 1894).

Targowla et Picard. — Confusion mentale aiguë, symptômes encéphaliques, action de traitement anti-infectieux (Encéphale, 1928).

Tinel. — Résultats de la phlictino thérapie dans le traitement des crises de dépressions, excitations et confusion mentale (Encéphale, 1928).

Tinel et Santenoise. — Les variations de l'équilibre vago-sympathique dans les crises confusionnelles (Encéphale, 1924).

— Le rôle du choc dans la crise d'excitation, d'anxiété et de Confusion (Encéphale, 1926).

II. — Travaux ayant trait à des services ouverts
et à la sortie hâtive
des psychoses aiguës du type confusionnel.

Anthéaume. — Au sujet des services d'aigus et des services chroniques dans les Asiles de la Seine. Modifications d'affection des Services à l'Asile Saint Anne (Encéphale, p. 12, 1923).

Bleuler. — Sorties hâtives des schizophrènes (Archives de Neurologie et Psychiatrie, 1921).

— Archives suisses de Neurologie et Psychiatrie. Vol. 8, Fasc. 2, 1921.

Claude (Henri). — Leçon inaugurale sur les réformes de l'assistance aux psychopathes (Paris Médical, n° 21, 27 mai 1922).

Camels et Genil Perrin. — Services ouverts pour les psychopathes dans les Asiles. Encéphale, p. 537, 1921.

Courbau (Paul). — Du siège des services ouverts de psychiatrie. Hôpital ou Asile (Encéphale, p. 105, 1923).

Genil Perrin et Passant. — Services ouverts dans les Asiles d'Aliénés (Encéphale, 1921).

Gilles (André). — A propos du traitement de psychoses aiguës du type confusionnel (Bulletin de la Société médicale de Pau, 10 déc. 1925).

— Sur la valeur curative de la sortie prématurée dans certains cas de confusion mentale en traitement dans les Asiles (Congrès de Genève. Lausanne, 7 août 1926).

— Technique de la sortie hâtive dans les psychoses aiguës. Résultats, valeur thérapeutique et modalité d'application, 1929.

Répond. — Sur les services ouverts et sorties hâtives (Hygiène mentale, nos 8 et 9 de 1926, nos 1 et 2 de 1927).

- XXV^e anniversaire de la Maison de Santé de Malevoz,
p. 23, 1926.

Toulouse et Dupouy. — De la transformation des Asiles d'Aliénés en hôpitaux psychiatriques (*Encéphale*, 1927).

Toulouse et Chiff. — Remarques sur le rôle prophylactique d'un hôpital psychiatrique (*Encéphale*, avril 1928).

INDEX

	Pages
HOMMAGES.....	5-10
PRÉLIMINAIRE.....	11-16
CHAPITRE PREMIER. — Définition de la méthode.....	17-18
CHAPITRE II. — Historique de la méthode.....	19-22
CAPITRE III. — La Sortie hâtive et Assistance	23-28
CHAPITRE IV. — Les résultats de la nouvelle technique appliquée aux psychoses aiguës du type confu- sionnel à l'Asile Saint-Luc à Pau.....	29-31
CHAPITRE V. — Division des observations en catégories:	32
Première catégorie d'observations	32-43
Deuxième catégorie d'observations.....	43-58
Troisième catégorie d'observations.....	58-59
Quatrième catégorie d'observations.....	60-63
Cinquième catégorie d'observations.....	63-64
CONCLUSION	65-68
BIBLIOGRAPHIE	69-71
I. Travaux concernant le traitement de la confusion mentale	
II. Travaux concernant les services ouverts et la sortie hâtive.....	72-73

